 **RCP dyskinésie ciliaire primitive (DCP)**

 **du** Entrer une date.

[ ] *« Je déclare avoir recueilli le consentement de mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et l’avoir informé que ses données de santé sont gérées via un site sécurisé et sont partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique ».*

# Médecin prescripteur

Médecin prescripteur de la RCP\* (Nom, Prénom, Ville) :

Médecin référent si différent (Nom, Prénom) :Taper du texte.

Date de la demande : Entrer une date.

# Patient

NOM\* :

Prénom\* :

Date de Naissance\* (JJ/MM/AAAA) : Entrer une date.

Age :

Sexe : F [ ]  M [ ]

Patient inclus dans RaDiCo : oui [ ]  non [ ]  ne sait pas [ ]

Patient déjà présenté en RCP locale : oui [ ] , Entrer une date. non [ ]

Consanguinité (si connue) : oui [ ]  non [ ]  ND [ ]

Préciser :

Origine géographique :

Père :

Mère :

Antécédents familiaux :

Père :

Mère :

Fratrie :

 Autres :

Environnement :

Antécédents néonataux :

Né-e à terme ? Oui [ ]  non [ ] , SA

Poids de naissance (kg) :

Détresse respiratoire néonatale ? Oui [ ]  non [ ]

*Situs inversus* : oui [ ]  non [ ]

**Histoire de la maladie**

Atteinte pulmonaire :

Début des symptômes :

Toux : oui [ ]  non [ ]

Expectoration : oui [ ]  non [ ]

Surinfection bronchique : oui [ ]  non [ ]  Si oui, nombre par an :

Atteinte ORL :

Début des symptômes :

Rhinite chronique : oui [ ]  non [ ]

Polypose nasale : oui [ ]  non [ ]

Otites moyennes aigües itératives : oui [ ]  non [ ]

Otites séro-muqueuses : oui [ ]  non [ ]

Déficit auditif : oui [ ]  non [ ]

Détails : Taper du texte.

[ ]  Atteinte cardiaque oui [ ]  non [ ]

[ ]  Autre(s) atteinte(s)

Poids (kg) :

Taille (cm) :

# Explorations réalisées

 Normal ? Commentaires

[ ]  TDM thoracique [ ]

[ ]  TDM sinus [ ]

[ ]  EFR [ ]

[ ]  VEMS [ ]  %

[ ]  Bronchoscopie [ ]

[ ]  Nasoscopie [ ]

[ ]  Bilan microbiologique (ECBC, prélèvement nasal) [ ]

[ ]  Bilan immunitaire [ ]

[ ]  Bilan d’auto-immunité [ ]

[ ]  Bilan de mucoviscidose [ ]

[ ]  NO nasal [ ]

[ ]  Brossage ciliaire [ ]

[ ]  Biopsie ciliaire [ ]

[ ]  Explorations génétiques  Laboratoire : Taper du texte.

Panel Dyskinésie ciliaire Oui [ ]  Non [ ]  Si Oui, préciser les résultats : Taper du texte.

 WES : Oui [ ]  Non [ ]  Si Oui, préciser les résultats : Taper du texte.

 Autres explorations génétiques : Taper du texte.

[ ]  Autre(s) :

#

# Prise en charge

Prise en chargé déjà réalisée :

Traitements actuels :

 Commentaires

[ ]  Kinésithérapie

[ ]  Lavage de nez

[ ]  Corticothérapie [ ]  nasale

 [ ]  bronchique

[ ]  Azithromycine

[ ]  Autre(s) antibiothérapie(s) prolongée(s)

[ ]  Sérum salé hypertonique nébulisé

[ ]  Chirurgie [ ]  ORL

 [ ]  pulmonaire

[ ]  Appareillage auditif

[ ]  Autre(s)

# Demande d’avis de la RCP

Avis demandé\* : [ ]  Diagnostique [ ]  Thérapeutique [ ]  Autre :

Question posée :

**Conclusion de la RCP** :

Diagnostic de DCP : [ ]  peu probable [ ]  possible [ ]  très probable [ ]  confirmé

Bilan à compléter par :

# Indication à :

[ ]  WGS (analyse de génome, Plan France Médecine Génomique)

[ ]  WES (analyse d'exome)

[ ]  ACPA

[ ]  Autre exploration :

Prise en charge :